PERMISO INFORMADO—SELLADORES DENTALES/BARNIZ DE FLUORURO/LIMPIEZA DENTAL

*** POR FAVOR DEVUELVA ESTA HOJA A LA MAESTRA DE SU HIJO***

Nombre del niño: _____ Sexo: M ____ F ____ Fecha de naci _____
(Apellido(s) primer nombre 2º nombre)
Escuela: _____ Maestra/o: _____ Grado: _____

Si, quiero que mi hijo participe en el programa de prevención dental en la escuela y autorizo a Forward Health y/u otra compañía de seguridad que sea cargada para los servicios aplicables (por favor complete el resto del formulario).

PERMISO: He leído, o me han leído, y entiendo la información en este formulario. Yo doy mi permiso libre e informado al Departamento de Salud de Menasha para a.) ser examinado por un dentista/higienista dental registrado para que determine la necesidad de los selladores dentales y /o el tratamiento de barniz de flúor si es necesario. b) El tratamiento de barniz de flúor es aplicado por un higienista dental registrado, c) el control de la aplicación y retención de los sellos dentales es revisado por un higienista dental registrado. Este permiso dura dos años.

Firma de padre/madre/guardián: _____ Fecha _____

Número de teléfono de casa: _____ - _____ Número de teléfono del trabajo: _____ - _____

No, no quiero que mi hijo participe en el programa de prevención dental en la escuela.

Firma de padre/madre/guardián: _____ Fecha _____

Si su hijo está participando en el programa de prevención dental, por favor responda a las preguntas abajo.

Raza: **(rodee todos que aplican)** blanco, africano-americano, asiático, de la isla pacífica, nativo-americano, hispano, otro _____

¿Qué tipo de seguro dental tiene su hijo?

Forward Health/Medicaid/BadgerCare Seguro privado (ie Delta, Cigna) Ninguno

Otro _____

Note: ningún alumno será rehusado basado en la cobertura de seguro dental

Indique que SÍ o NO los siguientes que APLICAN A SU HIJO:

¿Usa medicina prescrita del doctor? sí no

¿Necesita o usa más cuidado médico que otros niños de su misma edad? sí no

¿Tiene dificultad hacer las cosas que los demás niños de su edad pueden hacer? sí no

¿Necesita o recibe terapia especial, como terapia física, terapia ocupacional o terapia de habla/lenguaje? sí no

¿Necesita servicios de orientación o consejería acerca de problemas de comportamiento, emoción, o retrasos de caminar, hablar u otras actividades que los demás niños pueden hacer? sí no

Si usted indicó que sí en las casillas arriba:

¿Ha durado este problema al menos 12 meses o cree usted que el problema va a durar 12 meses más? sí no

Anote las medicinas de recta que su hijo toma de base regular: _____

Las siguientes preguntas nos ayudan a determinar el número de tratamientos que su hijo necesita:

¿Toma su hijo suplementos de fluoruro? sí no

¿Toma su hijo el agua de la ciudad, agua de botella, o agua de pozo? _____

¿Ha recibido su hijo un tratamiento de fluoruro durante el año pasado? sí no **de ser sí, cuando** _____

¿Ha visitado su hijo al dentista en el año pasado? sí no Fecha de la última visita _____

Rodee todos que aplican (si su hijo usa un autoinyector de epinefrina, por favor asegure que haya uno en la escuela)

¿Tiene su hijo asma o problemas de respiración?

Por favor apunte las alergias de su hijo: _____

El tratamiento que recibirá su hijo en este programa no pretende ser una alternativa al cuidado dental regular. Todavía es muy recomendable que visite un lugar dental (dentista familiar) para el cuidado dental de rutina incluyendo la atención de seguimiento que se puede recomendar después de que su hijo haya completado en la escuela el programa basada en la salud oral.

DentaSeal Child-Level Data Collection Form

Patient Name: First _____ Last _____ Sex (circle one): Male Female

Grade: _____ DOB (mm/dd/yyyy):

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

 CYSHCN: Yes No

Insurance (check one): Medicaid/BadgerCare/Forward Health Uninsured Private insurance Unknown

Ethnicity (check one): Hispanic Non-Hispanic unknown

Race (check all the apply) White Black/African American Asian American Indian/Alaska Native
 Native Hawaiian/Pacific Islander Unknown/Not available

I. Screening – D = decay, F = filled, M = missing, S = sealant present, PS = prescribe sealant, PE = partially erupted
 RS = recommend reseal, no mark = no treatment recommended

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Sealant prescriber signature/date
														Fluoride prescriber signature/date
31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	

Treatment Urgency ☐ No obvious problem ☐ Early dental care ☐ Urgent care	Referred for treatment: ☐ No ☐ Yes	Risk Assessment ☐ Incipient/cavitated lesion ☐ Inadequate Fluoride ☐ CYSHCN	Treatment notes
---	---	--	------------------------

II. Preventive Services - Mark the teeth where sealants were placed with an S.

2	3	4	5	12	13	14	15	Signature	Treatment notes
								Date	
31	30	29	28	21	20	19	18		

Fluoride Treatment #1 (signature/date)	Fluoride Treatment #2 (signature/date)	Fluoride Treatment #3 (signature/date)	Fluoride Treatment #4 (signature/date)
---	---	---	---

III. Follow-Up - Mark teeth where program sealants were retained with an R.

2	3	4	5	12	13	14	15	Signature	Treatment notes
								Date	
31	30	29	28	21	20	19	18		

Has the student's past decay been treated by a DDS since their last visit? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

For Office use Only

Date _____ Amount Billed _____
 Date _____ Amount Billed _____

Codes

D1206 = Fluoride Varnish
 D1351 = Sealant
 D0191 = RDH Exam
 D0120 = DDS Exam
 D1120 = Child Prophy

Medicaid ID # _____